·临床研究·

# 不同共病程度社区老年患者生活质量与焦虑和抑郁情绪的相关性

崔紫阳,齐颖,富晶,宋丹萍,张京慧*,孙达
(首都医科大学附属北京世纪坛医院老年医学科,北京 100038)

【摘 要】 **目的** 探讨不同共病程度的老年患者生活质量与焦虑和抑郁情绪的关系。**方法** 对2017年5月至2018年5月首都医科大学附属北京世纪坛医院老年医学科开展的社区老年多重用药管理调查数据进行二次分析,最终纳入患者917例。根据Charlson共病指数(CCI)将患者分为CCI评分≤3分组($n$=363)、CCI评分4~6分组($n$=400)及CCI评分≥7分组($n$=154)。收集患者人口学特征、慢性疾病情况、健康调查简表-36(SF-36)及医院焦虑抑郁量表(HADS)等资料。采用Pearson相关法分析CCI和SF-36评分与焦虑和抑郁的关系。采用多重线性回归分析老年共病患者焦虑和抑郁的影响因素。**结果** CCI评分≥7分组及CCI评分4~6分组老年共病患者平均年龄均显著高于CCI评分≤3分组($P$<0.05)。CCI评分4~6分组和CCI评分≥7分组老年共病患者SF-36量表各维度评分均显著低于CCI评分≤3分组,差异均有统计学意义(均$P$<0.05)。CCI评分4~6分组和CCI评分≥7分组老年共病患者医院焦虑量表(HAS)和医院抑郁量表(HDS)评分均显著高于CCI评分≤3分组,且CCI评分≥7分组HAS和HDS评分均显著高于CCI评分4~6分组,差异均有统计学意义(均$P$<0.05)。Pearson相关性分析显示,CCI、HAS及HDS与SF-36各维度评分均呈负相关;CCI与HAS及HDS评分,HAS与HDS评分均呈正相关(均$P$<0.05)。多重线性回归分析结果显示,男性($\beta$=-0.301,-0.233)、SF-36中躯体疼痛($\beta$=-0.026,-0.018)、一般健康状况($\beta$=-0.015,-0.009)、社会功能($\beta$=-0.026,-0.008)、情感职能($\beta$=-0.007,-0.002)、精神健康($\beta$=-0.021,-0.020)维度是HAS和HDS的保护因素($P$<0.05),年龄($\beta$=0.022,0.016)、月收入($\beta$=0.353,0.236)、CCI评分($\beta$=0.145,0.152)以及SF-36中生理功能维度($\beta$=0.015,0.008)是HAS和HDS的危险因素($P$<0.05)。**结论** 老年共病患者的共病程度和生活质量与焦虑和抑郁之间存在明显相关性。

【关键词】 老年人;Charlson共病指数;焦虑;抑郁;健康调查简表-36
【中图分类号】 R592 【文献标志码】 A 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2025.02.027

# Correlation between quality of life and anxiety/depression in elderly community patients with different levels of comorbidity

Cui Ziyang, Qi Ying, Fu Jing, Song Danping, Zhang Jinghui*, Sun Da
(Department of Geriatrics, Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the relationship between quality of life and anxiety as well as depression in elderly patients with different comorbidity levels. **Methods** A secondary analysis was performed on the obtained survey data from a community-based elderly polypharmacy management study (including 917 patients finally) conducted at our department between May 2017 and May 2018. According to the Charlson comorbidity index (CCI) scores, the subjects were divided into CCI score ≤3 group ($n$=363), CCI score 4-6 group ($n$=400), and CCI score ≥7 group ($n$=154). Data collection encompassed demographic characteristics, chronic disease profiles, and results of 36-item short form health survey (SF-36) and hospital anxiety and depression scale (HADS). Pearson correlation analysis was employed to investigate the relationship of CCI and SF-36 scores with anxiety and depression. Furthermore, multiple linear regression analysis was utilized to identify factors influencing anxiety and depression in the elderly patients. **Results** The patients from the CCI score 4-6 and ≥7 groups had significantly older average age and lower scores in all dimensions of the SF-36 scale than those from the CCI score ≤3 group (all $P$<0.05). The hospital anxiety scale (HAS) and hospital depression scale (HDS) scores were obviously higher in the CCI score 4-6 and ≥7 groups than the CCI score ≤3 group, and in the CCI score ≥7 group than the CCI score 4-6 group (all $P$<0.05). Pearson correlation analysis showed a negative correlation of CCI, HAS and HDS scores with the score in each dimension of the SF-36 scale. CCI score was positively correlated with HAS and HDS scores, and HAS score was positively with HDS score (all $P$<0.05). Multiple linear regression analysis indicated that male ($\beta$=-0.301, -0.233), the scores of bodily pain ($\beta$=-0.026, -0.018), general health ($\beta$=-0.015, -0.009), social functioning ($\beta$=-0.026, -0.008), role emotional

**收稿日期**:2023-12-11;**接受日期**:2024-03-04
**基金项目**:北京市保健科研(调研)课题(京13-14)
**通信作者**:张京慧,E-mail:zhangjinghui@medmail.com.cn

($\beta$=-0.007, -0.002), and mental health ($\beta$=-0.021, -0.020) dimensions in the SF-36 scale were protective factors for HAS and HDS scores ($P$<0.05); age ($\beta$=0.022, 0.016), monthly income ($\beta$=0.353, 0.236), CCI score ($\beta$=0.145, 0.152), and the score of physical functioning dimension in the SF-36 scale ($\beta$=0.015, 0.008) were risk factors for HAS and HDS scores in the elderly comorbidity patients ($P$<0.05). **Conclusion** There exist significant correlations of severity level of comorbidities and quality of life with anxiety as well as depression in the elderly comorbidity patients.

**【Key words】** aged; Charlson comorbidity index; anxiety; depression; 36-item short form health survey

*This work was supported by the Healthcare Research Project (Survey and Research) of Beijing* (Jing 13-14).

*Corresponding author*: *Zhang Jinghui. E-mail*: *zhangjinghui@medmail.com.cn*

共病即多病共存是临床老年人群中常见的现象,是老龄化社会不可忽视的医学问题之一。一项纳入全球 193 项研究的系统综述结果显示,≥74 岁老年人群共病发生率高达 67%[1]。基于我国健康与养老追踪调查研究结果显示,我国老年人群慢性病患病率为 69.13%,而共病率高达 43.65%[2]。2016 年世界卫生组织报告指出,共病在相对弱势人群中可能影响更大,如健康状况差、高龄、认知障碍、健康素养较低以及焦虑抑郁等人群[3],了解不同共病程度老年患者的健康状况具有重要意义。健康调查简表-36(36-item short form health survey, SF-36)及医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale,HADS)作为评价生活质量的工具,具有良好的信度与效度,已被广泛应用于临床研究[4,5]。因此,本研究探讨不同 Charlson 共病指数(Charlson comorbidity index,CCI)水平老年共病患者 SF-36 评分与焦虑和抑郁情绪的关系,为临床提高老年患者生活质量,预防焦虑和抑郁发生提供科学依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本研究基于对 2017 年 5 月至 2018 年 5 月北京世纪坛医院老年医学科开展的社区老年多重用药管理数据进行二次分析(共 12 家社区卫生服务站)。纳入标准:(1)≥60 岁社区常住人口(居住≥1 年);(2)患者或法定代理人可以配合完成调查。排除标准:(1)不愿意或不能配合完成调查;(2)存在严重精神疾病。本次接受调查者 1 095 名,有效问卷者 997 名(应答率 91.1%),排除老年非共病人群(80 名)后,本研究最终纳入 917 例老年共病患者进行分析。

老年共病定义依据《老年共病管理中国专家共识(2023)》[6],即指≥2 种慢性健康问题同时发生在同一老年个体的情况,可以是器官疾病、精神心理疾病、老年综合征,也可以是其他影响老年人健康的问题,这些健康问题持续≥1 年。根据 CCI 评分情况,将患者分为 CCI 评分≤3 分组 363 例、CCI 评分 4~6 分组 400 例和 CCI 评分≥7 分组 154 例。

### 1.2 方法

本研究调查采用方便抽样,由调查员(已接受调查培训者)对社区卫生服务站的老年群体进行一对一、面对面问卷调查。调查表内容包括以下几方面。(1)一般状况。如性别、出生日期、受教育程度、婚姻状况及居住状况等。(2)健康状况。依据自我健康状况感受进行评价,分为好、一般、差。(3)慢性疾病情况。如冠心病、高血压、糖尿病、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、骨质疏松及慢性肾脏病等,并计算 CCI[7]。(4)采用 SF-36 评估患者生活质量。量表包括生理功能(physical functioning, PF)、生理职能(role physical, RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、一般健康状况(general health, GH)、精力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role emotional, RE)及精神健康(mental health, MH)8 个维度。根据条目权重与积分之和计分,将积分转换为 0~100 分的标准分,得分越高表示健康状况越好[8]。(5)采用 HADS 评估患者焦虑和抑郁情况。HADS 由医院焦虑量表(hospital anxiety scale,HAS)和医院抑郁量表(hospital depression scale,HDS)两部分组成,每部分总分 21 分,评分越高提示焦虑和抑郁症状可能性越大[9]。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析。计量资料呈正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用 $t$ 检验;三组间比较采用 ANOVA 检验,三组间两两比较采用 Tukey's HSD 检验。计数资料以例数(百分率)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。采用 Pearson 相关性分析 CCI 评分与 SF-36 评分、焦虑和抑郁情绪的相关性。采用多重线性回归分析老年共病患者焦虑和抑郁的影响因素。$P$<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 不同 CCI 水平老年共病患者基线资料比较

CCI 评分≥7 分组及 CCI 评分 4~6 分组患者平均年龄显著高于 CCI 评分≤3 分组($P$<0.05)。3 组患者性别、教育程度、月收入及健康状况比较,差异均无统计学意义(均 $P$>0.05;表 1)。

**表1 不同CCI水平老年共病患者基线资料比较**

Table 1 Comparison of baseline data of elderly comorbidity patients with different levels of CCI

| Item | Total ($n$=917) | CCI score≤3 group ($n$=363) | CCI score 4-6 group ($n$=400) | CCI score≥7 group ($n$=154) | $\chi^2/t/F$ | $P$ value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gender[$n$(%)] | | | | | 0.509 | 0.775 |
| Male | 437 | 168(46.3) | 193(48.3) | 76(49.4) | | |
| Female | 480 | 195(53.7) | 207(51.7) | 78(50.6) | | |
| Age[$n$(%)] | | | | | 11.173 | 0.025 |
| 60-<70 years | 223 | 104(28.7) | 85(21.3) | 34(22.1) | | |
| 70-<80 years | 370 | 144(39.7) | 173(43.3) | 53(34.4) | | |
| ≥80 years | 324 | 115(31.6) | 142(35.4) | 67(43.5) | | |
| Age(years, $\bar{x}\pm s$) | 917 | 74.9±7.72 | 76.13±7.37* | 77.01±8.53* | 4.031 | <0.001 |
| Education level[$n$(%)] | | | | | 8.077 | 0.089 |
| Primary school or below | 83 | 30(8.3) | 41(10.2) | 12(7.8) | | |
| Middle school or high school | 427 | 173(47.7) | 169(42.3) | 85(55.2) | | |
| College or above | 407 | 160(44.0) | 190(47.5) | 57(37.0) | | |
| Monthly income[$n$(%)] | | | | | 1.281 | 0.865 |
| <5 000 yuan | 239 | 100(27.5) | 98(24.5) | 41(26.6) | | |
| 5 000-8 000 yuan | 272 | 109(30.0) | 118(29.5) | 45(29.2) | | |
| >8 000 yuan | 406 | 154(42.5) | 184(46.0) | 68(44.2) | | |
| Self-reported overall health status[$n$(%)] | | | | | 5.585 | 0.232 |
| Good | 261 | 90(24.8) | 120(30.0) | 51(33.2) | | |
| Average | 104 | 39(10.7) | 46(11.5) | 19(12.3) | | |
| Poor | 552 | 234(64.5) | 234(58.5) | 84(54.5) | | |

CCI: Charlson comorbidity index. * Compared with CCI score ≤ 3 group, $P$<0.05.

### 2.2 不同CCI水平老年共病患者SF-36评分比较

CCI评分4~6分和CCI评分≥7分组老年共病患者SF-36量表各维度评分均显著低于CCI评分≤3分组,且CCI评分≥7分组老年共病患者SF-36量表BP、GH、VT、SF、RE及MH维度评分显著低于CCI评分4~6分组患者,差异均有统计学意义(均$P$<0.05;表2)。

**表2 不同CCI水平老年共病患者SF-36量表各维度评分比较**

Table 2 Comparison of dimensions of SF-36 scale in elderly comorbidity patients with different levels of CCI

(points, $\bar{x}\pm s$)

| Item | CCI score≤3 group | CCI score 4-6 group | CCI score≥7 group |
|---|---|---|---|
| PF | 82.84±17.76 | 76.24±20.86* | 75.39±21.67* |
| RP | 80.85±35.48 | 68.25±42.01* | 63.31±37.94* |
| BP | 34.82±9.03 | 31.82±11.47* | 27.41±10.61*# |
| GH | 63.55±20.35 | 53.70±20.81* | 46.56±19.82*# |
| VT | 83.51±15.41 | 76.56±18.47* | 70.81±18.13*# |
| SF | 73.79±11.84 | 70.27±16.17* | 63.05±16.84*# |
| RE | 90.17±27.11 | 81.66±34.41* | 71.29±35.49*# |
| MH | 81.31±14.31 | 76.26±17.49* | 67.52±20.01*# |

CCI: Charlson comorbidity index; SF-36: 36-item short form health survey; PF: physical functioning; RP: role physical; BP: bodily pain; GH: general health; VT: vitality; SF: social functioning; RE: role emotional; MH: mental health. Compared with CCI score≤3 group, * $P$<0.05; compared with CCI score 4-6 group, # $P$<0.05.

### 2.3 不同CCI水平老年共病患者HAS及HDS评分比较

CCI评分4~6分组和CCI评分≥7分组老年共病患者HAS和HDS评分均显著高于CCI评分≤3分组,且CCI评分≥7分组HAS和HDS评分均显著高于CCI评分4~6分组,差异均有统计学意义(均$P$<0.05;表3)。

**表3 不同CCI水平老年共病患者HAS、HDS评分比较**

Table 3 Comparison of HAS and HDS scores in elderly comorbidity patients with different levels of CCI

(points, $\bar{x}\pm s$)

| Item | CCI score≤3 group | CCI score 4-6 group | CCI score≥7 group |
|---|---|---|---|
| HAS score | 5.47±1.54 | 6.17±1.81* | 9.03±2.78*# |
| HDS score | 5.48±1.22 | 6.04±1.49* | 8.11±2.12*# |

CCI: Charlson comorbidity index; HAS: hospital anxiety scale; HDS: hospital depression scale. Compared with CCI score≤3 group, * $P$<0.05; compared with CCI score 4-6 group, # $P$<0.05.

### 2.4 CCI及SF-36各维度评分与HAS及HDS评分的相关性分析

CCI、HAS及HDS评分与SF-36各维度评分均呈负相关。CCI评分与HAS及HDS评分,HAS评分与HDS评分均呈正相关(均$P$<0.05;表4)。

**表 4 CCI 及 SF-36 各维度与 HAS 及 HDS 评分的相关性**

Table 4 Correlation between CCI and SF-36 dimensions scores and HAS and HDS scores

| Item | CCI score | | HAS score | | HDS score | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *r* | *P* value | *r* | *P* value | *r* | *P* value |
| SF-36 | | | | | | |
| PF | −0.254 | <0.001 | −0.084 | 0.011 | −0.113 | <0.001 |
| RP | −0.198 | <0.001 | −0.140 | <0.001 | −0.164 | <0.001 |
| BP | −0.181 | <0.001 | −0.220 | <0.001 | −0.219 | <0.001 |
| GH | −0.328 | <0.001 | −0.234 | <0.001 | −0.223 | <0.001 |
| VT | −0.301 | <0.001 | −0.235 | <0.001 | −0.249 | <0.001 |
| SF | −0.206 | <0.001 | −0.295 | <0.001 | −0.235 | <0.001 |
| RE | −0.176 | <0.001 | −0.220 | <0.001 | −0.199 | <0.001 |
| MH | −0.210 | <0.001 | −0.294 | <0.001 | −0.304 | <0.001 |
| CCI score | 1 | − | 0.218 | <0.001 | 0.258 | <0.001 |
| HAS score | 0.218 | <0.001 | 1 | − | 0.742 | <0.001 |
| HDS score | 0.258 | <0.001 | 0.742 | <0.001 | 1 | − |

CCI: Charlson comorbidity index; SF-36: 36-item short form health survey; HAS: hospital anxiety scale; HDS: hospital depression scale; PF: physical functioning; RP: role physical; BP: bodily pain; GH: general health; VT: vitality; SF: social functioning; RE: role emotional; MH: mental health.

### 2.5 老年共病患者 HAS 及 HDS 评分的影响因素分析

分别以 HAS、HDS 评分为因变量，以 SF-36 各维度、性别、年龄、月收入、CCI 评分为自变量行多重线性回归分析，结果显示男性，SF-36 中 BP、GH、SF、RE、MH 维度是 HAS 及 HDS 评分的保护因素，年龄、月收入、CCI 评分、SF-36 中 PF 维度是 HAS 及 HDS 评分的危险因素，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$；表 5）。

## 3 讨 论

随着老龄化进程不断加速，慢性非传染性疾病已成为威胁老年患者健康的主要问题[10]。近年来，国内外学者对老年共病患者生活质量评价等方面的研究也不断增加[11-13]。有研究发现，老年患者共病严重程度与生活质量之间具有相关性[14-16]，而老年焦虑和抑郁与生活质量差可能密切相关[17]。虽然目前针对老年生活质量评价的研究较多，但在真实世界中关于社区老年患者共病程度及生活质量与焦虑、抑郁情绪之间关系的研究较少。因此，本研究旨在通过 CCI 区分不同共病水平，探讨老年共病患者 SF-36 评分与焦虑和抑郁的关系。

SF-36 量表可以反映老年个体的生活质量、满意度及幸福感。廖佳星等[16]开展的研究表明，老年共病患者共病指数越高，SF-36 评分越低，且共病程度与 SF-36 评分各维度呈负相关，与本研究结果一致。本研究中高共病指数（CCI 评分 4～6 分和 CCI 评分≥7 分组）老年患者较低共病指数（CCI 评分≤3 分组）者平均年龄高，且高共病指数组患者 SF-36 量表各维度评分均显著低于低共病指数组，提示高龄、高共病指数可能对老年患者生活质量等产生不利影响。此外，本研究发现，高 CCI 评分组老年共病患者 HAS 及 HDS 水平均显著高于低 CCI 评分组。通过相关性分析发现，CCI 评分与 HAS 及 HDS 水平呈正相关。进一步采用多重线性回归分析发现，年龄、月收入、CCI 评分以及 SF-36 中 PF 维度是 HAS

**表 5 多重线性回归分析老年共病患者 HAS 及 HDS 的影响因素**

Table 5 Multiple linear regression analysis of influencing factors of HAS and HDS in elderly patients with comorbidity

| Factor | HAS score | | | HDS score | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\beta$ | Standardized $\beta$ | *t* | $\beta$ | Standardized $\beta$ | *t* |
| SF-36 | | | | | | |
| PF | 0.015* | 0.129 | 3.218 | 0.008* | 0.090 | 2.219 |
| RP | 0.003 | 0.052 | 1.309 | −2.404 | 0.001 | −0.001 |
| BP | −0.026* | −0.117 | −3.149 | −0.018* | −0.108 | −2.864 |
| GH | −0.015* | −0.140 | −3.457 | −0.009* | −0.106 | −2.574 |
| VT | 0.007 | 0.050 | 0.991 | 0.001 | 0.001 | 0.028 |
| SF | −0.026* | −0.171 | −4.609 | −0.008* | −0.072 | −1.907 |
| RE | −0.007* | −0.095 | −2.434 | −0.002* | −0.038 | −1.964 |
| MH | −0.021* | −0.160 | −3.744 | −0.020* | −0.200 | −4.623 |
| CCI score | 0.145* | 0.127 | 3.845 | 0.152* | 0.175 | 5.272 |
| Male | −0.301* | −0.065 | −1.983 | −0.233* | −0.066 | −1.987 |
| Age | 0.022* | 0.074 | 2.161 | 0.016* | 0.070 | 2.000 |
| Education level | −0.146 | −0.040 | −1.193 | −0.119 | −0.043 | −1.261 |
| Monthly income | 0.353* | 0.124 | 3.747 | 0.236* | 0.109 | 3.255 |
| Self-reported overall health status | −0.038 | −0.014 | −0.465 | −0.081 | −0.041 | −1.310 |

HAS: hospital anxiety scale; HDS: hospital depression scale; SF-36: 36-item short form health survey; PF: physical functioning; RP: role physical; BP: bodily pain; GH: general health; VT: vitality; SF: social functioning; RE: role emotional; MH: mental health; CCI: Charlson comorbidity index. * $P<0.05$.

及HDS评分的危险因素($P<0.05$)。这是由于高共病指数及高龄更容易导致机体PF下降,而PF下降与老年患者生活质量下降密切相关,生活质量下降会导致高压力水平、社交孤立及社会支持减少等,再加上长期慢性疾病状态对心理健康产生的负面影响,多重因素叠加更易导致老年焦虑和抑郁的发生[18-20]。高月收入者发生焦虑抑郁风险较高,这可能与抽样人群差异及抽样地区人群整体经济状况等因素有关。此外,本研究发现男性以及SF-36中BP、GH、SF、RE、MH维度是HAS及HDS的保护因素,躯体疼痛的缓解、社会功能的良好、情感职能的丰富、精神健康状况良好可以降低焦虑抑郁的发生。既往研究表明女性与老年焦虑和抑郁发生有关[21]。本研究也发现,男性发生焦虑和抑郁的风险更低,这可能是由于女性心理特征及其所担负的社会、家庭角色、家庭负担等因素有关,临床应更加关注老年共病女性患者的焦虑抑郁健康问题。

本研究有一定的局限性:(1)未对所有老年患者进行系统的老年综合评估,一定程度上低估了老年综合征问题的存在;(2)排除了严重精神疾病的患者入组,可能忽略严重精神疾病等共病问题。

综上,老年共病患者生活质量存在不同程度的降低,高共病指数与焦虑及抑郁发生有关。CCI评分≥7分的老年共病患者的生活质量最低、焦虑以及抑郁评分最高,共病程度、生活质量与焦虑和抑郁密切相关,可能在一定程度上相互影响。未来应积极开展老年共病基础研究、队列研究及管理策略研究等,为老年共病相关问题的解决提供更多循证医学证据。

**【参考文献】**


[1] Ho IS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A, *et al*. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies[J]. BMJ Open, 2022, 12(4): e057017. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057017.

[2] 闫伟, 路云, 张冉, 等. 基于CHARLS数据分析的我国老年人共病现状研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2019, 23(4): 426-430. DOI: 10.16462/j.cnki.zhjbkz.2019.04.012.

[3] World Health Organization. Multimorbidity: technical series on safer primary care [EB/OL]. [2024-01-14]. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650.

[4] Lam CL, Tse EY, Gandek B, *et al*. The SF-36 summary scales were valid, reliable, and equivalent in a Chinese population[J]. J Clin Epidemiol, 2005, 58(8): 815-822. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2004.12.008.

[5] 孙振晓, 刘化学, 焦林瑛, 等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(2): 198-201. DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2017.02.005.

[6] 朱鸣雷, 刘晓红, 董碧蓉, 等. 老年共病管理中国专家共识(2023)[J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(5): 577-584. DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2023.05.001.

[7] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, *et al*. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation[J]. J Chronic Dis, 1987, 40(5): 373-383. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.

[8] 李春波, 何燕玲. 健康状况调查问卷SF-36的介绍[J]. 国外医学(精神病学分册), 2002, 29(2): 116-119.

[9] 范青, 季建林, 肖泽萍, 等. 综合医院焦虑抑郁量表在内科门诊病人中的应用[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(5): 325-328. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2010.05.002.

[10] 苏泽强, 陶丽丽, 高艳, 等. 我国老年人慢性非传染性疾病防控研究进展[J]. 实用预防医学, 2020, 27(1): 124-129. DOI: 10.3969/j.issn.1006-3110.2020.01.038.

[11] 杨贝贝, 张莹. 70岁及以上慢性共病老人日常生活能力对生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(21): 5442-5446. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2017.21.100.

[12] 刘欢, 左丹妮, 杨卓君, 等. 老年癌症共病对健康相关生活质量影响的研究进展[J]. 全科护理, 2022, 20(12): 1640-1643. DOI: 10.12104/j.issn.1674-4748.2022.12.016.

[13] 汪婷, 陈任, 闵源, 等. 老年住院共病患者生活质量评估及影响因素分析[J]. 安徽医学, 2022, 43(12): 1402-1407. DOI: 10.3969/j.issn.1000-0399.2022.12.007.

[14] Lutomski JE, Hoekstra T, Akker M, *et al*. Multimorbidity patterns in older persons and their association with self-reported quality of life and limitations in activities of daily living[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2023, 115: 105134. DOI: 10.1016/j.archger.2023.105134.

[15] Formiga F, Moreno-Gonzalez R, Chivite D, *et al*. High comorbidity, measured by the Charlson comorbidity index, associates with higher 1-year mortality risks in elderly patients experiencing a first acute heart failure hospitalization[J]. Aging Clin Exp Res, 2018, 30(8): 927-933. DOI: 10.1007/s40520-017-0853-1.

[16] 廖佳星, 龚放华, 段功香, 等. 老年住院患者慢性病共病严重程度与生活质量的相关性分析[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(6): 1-5. DOI: 10.11997/nitcwm.202006001.

[17] 葛海燕, 梁肖, 张红, 等. 社区养老机构老年人群负性情绪与生活质量调查及二者相关性分析[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(6): 897-901. DOI: 10.3969/j.issn.0253-9926.2021.06.004.

[18] Heo S, Lennie TA, Moser DK, *et al*. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure[J]. Heart Lung, 2014, 43(4): 299-305. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.015.

[19] Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Nieto-Martín D, *et al*. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: these are the polypathological patients![J]. J Am Geriatr Soc, 2013, 61(3): 475-476. DOI: 10.1111/jgs.12142.

[20] 张硕, 陈功. 中国城市老年人社会隔离现状与影响因素研究[J]. 人口学刊, 2015, 37(4): 66-76. DOI: 10.16405/j.cnki.1004-129X.2015.04.007.

[21] 韩学青, 张淑芳, 张燕波, 等. 居家老年人的抑郁焦虑状况及影响因素分析[J]. 中华老年医学杂志, 2017, 36(10): 1120-1124. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2017.10.015.


(编辑: 和雨璇)